

特別養護老人ホーム 香の里 入所申込書

申 込 日	年 月 日
受 付 日	年 月 日

施設長 小林茂男 殿

申込代理人（手続きにお見えになった方）

フリガナ名 氏		続 柄	
住 所	〒 _____ 【電話番号】 ()		

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

フリガナ名 氏		男・女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日 (歳)
住 所	〒 _____ 【電話番号】 ()			
介 護 保 険	被保険者番号	要介護	3 ・ 4 ・ 5	
認 定 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日			
健 康 保 険	種 別	記号・番号		
年 金 等	種 別			
現 況	<input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中	病院 又は 施設	名 称	
	入院又は入所期間		住 所	
現在利用している在宅サービスの状況 利用しているサービスに○をして()内に利用頻度を書いてください	1. 訪問介護 (月に 回 / 週間に 回)		6. 通所リハビリテーション (デバ)	
	2. 訪問入浴介護 (月に 回 / 週間に 回)		(月に 回 / 週間に 回)	
3. 訪問看護 (月に 回 / 週間に 回)		7. 短期入所生活介護 (ショート)		
4. 訪問リハビリテーション (月に 回 / 週間に 回)		(月に 回 / 週間に 回)		
5. 通所介護 (デバ)		8. 短期入所療養介護 (月に 回 / 週間に 回)		
(月に 回 / 週間に 回)		(月に 回 / 週間に 回)		
		9. 福祉用具の貸与・購入費の支給 ()		
		10. 在宅サービスは利用した事がない ()		
医療的処置の状況	【現在治療中の病気・特記事項等】			

入所を希望する理由 *該当するものを全て選んで下さい。	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者がいないため <input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が希望者の居住地と同一市町村及び隣接市町村外に住んでいる <input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が希望者の居住地と同一市町村及び隣接市町村内に住んでいる <input type="checkbox"/> 主介護者が病院等に長期入院の状況により、事実上介護が不可能 <input type="checkbox"/> 主介護者が要介護状態、病気療養中、障害を有する等の状況にあり十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 主介護者が要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 主介護者が複数の介護や育児、または就業しているため十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 主介護者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 病院や施設等から退院、退所を求められているが、在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期に入院した後、退院する事になったが在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
	家族の状況	氏名 主介護者は <input type="checkbox"/> にチェック	続柄	年齢	職業	同居・別居	別居の場合 住所・電話番号
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住所 電話
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住所 電話
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住所 電話
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住所 電話
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住所 電話
	身元引受人	氏名	続柄	年齢	職業	住所・電話番号	
						住所 電話	
	入居を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい					
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____						
特記事項							
担当者 ケアマネジャー	氏名			連絡先			
	事業所名						
説明確認欄	私は入所申込みに際し、入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。 平成 年 月 日 氏名： _____						

*被保険者証・直近3ヶ月分のサービス利用票及び別表の写しを添付してください。

